

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 151

L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU RURAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1932

PAR

Jean-Gabriel CLÉMENCEAU

MÉDAILLE MILITAIRE
CROIX DE GUERRE

Né à COUTRAS (Gironde), le 13 juillet 1894.

Examineurs de la Thèse	}	MM. ANDÉRODIAS, professeur....	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548413_0028

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 151

L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU RURAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1932

PAR

Jean-Gabriel CLÉMENCEAU

MÉDAILLE MILITAIRE
CROIX DE GUERRE

Né à COUTRAS (Gironde), le 13 juillet 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur....	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

MM. { CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MES COLLABORATEURS

A TOUS LES MEDECINS DE CAMPAGNE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

*Professeur de clinique d'accouchements,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur, /
Croix de guerre.
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Une thèse n'est pas un roman et il y aurait un ridicule évident à vouloir lui faire supporter une autobiographie : pourtant, avant d'aborder ce travail, épilogue de notre vie scolaire, qui pourrait nous en vouloir de nous pencher quelques instants sur notre passé, puisque c'est une partie de ce passé qui nous inspira l'œuvre modeste que nous soumettons aujourd'hui à nos maîtres ?

Vingt ans se sont écoulés depuis que, pour prendre notre première inscription de P. C. N., nous gravissions les degrés de la Faculté des Sciences.

A peine avions-nous en poche notre quatrième inscription qu'il nous fallut troquer le béret de velours contre le képi rouge.

Cinq ans plus tard, nous reprenions place sur ces bancs, grisé de victoire, de liberté, justement heureux d'avoir survécu tout en ayant fait pleinement notre devoir. Et puis, après quelques mois, orientation nouvelle de notre vie :

Les circonstances nous écartent encore de « Scientia » pour nous rapprocher de « Natura ».

Deux lustres s'écoulaient alors, au cours desquels nous apprenons que la terre n'est généreuse que si on la cultive à pleins bras et judicieusement; dix années de contact permanent, de travail en commun avec la population paysanne nous ont permis d'étudier ses prestigieuses qualités et ses incontestables travers.

Cette ambiance campagnarde ne nous a point été lourde, et nous avons acquis une affection solide, faite d'habitudes communes, d'inquiétudes semblables, de joies analogues,

pour nos collaborateurs d'hier et de demain qui vont devenir « nos malades ».

C'est pourquoi nous avons formé le projet d'écrire une thèse qui tienne compte de notre double qualité de médecin et de paysan.

Nous ne saurions trop manifester de respectueuse gratitude à M. le Professeur Andérodias. Nous avons conscience de l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être notre Président et en agréant cet humble travail. Nous eussions désiré lui présenter un œuvre digne de sa haute autorité : mais, hélas ! la conception la plus claire peut n'avoir point pour s'exprimer une plume éloquente et nous ne saurions désormais faire mieux que prier nos juges de nous être indulgents.

L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU RURAL

CHAPITRE PREMIER

Le jeune médecin qui vient de doubler le cap de la thèse, ayant placé dans sa serviette le parchemin longtemps espéré, patiemment et consciencieusement acquis, sans se croire au bout de ses peines, estime fréquemment avoir accompli le plus lourd de l'œuvre. Il a logé dans les casiers de sa mémoire les pages essentielles des traités qu'il a compulsés; et sur elles les leçons cliniques de ses maîtres ont jeté une vive et indispensable clarté.

Son œil a fixé pour jamais les gestes habituels, il sait les précautions dont on doit les entourer, les attitudes qui les rendent plus aisés. Mais en matière d'obstétrique, puisque c'est sur ce point que nous voulons insister, quelles connaissances pratiques possède-t-il, ce jeune docteur qui jamais ne fut externe à la Maternité, quelles garanties offre-t-il à ses clientes... et à sa conscience ?

Sans doute, au cours d'un stage dont la brièveté a besoin d'être soulignée, a-t-il pris quelques gardes de nuit : sous un contrôle rassurant par sa compétence, il a pu prendre personnellement contact avec la parturiente qui gémit, l'enfant qui glisse, le placenta qui ne vient pas.

Par ailleurs à l'amphithéâtre, il a pu, sous une direction avisée, extraire un fœtus mort d'une femme de bois, à l'aide

d'un forceps; et toute la gamme des manœuvres obstétricales lui est manuellement connue, pour peu qu'il ait montré d'assiduité et de persévérance.

Si, enfin, il a vraiment voulu se perfectionner sans que toutefois la durée de ses études médicales s'en trouve prolongée, nous savons par expérience, que l'accueil le plus bienveillant lui est réservé en dehors de son stage dans les services obstétricaux, mais cette faculté ne peut lui être accordée que dans la mesure où il ne prive pas le camarade et l'élève sage-femme de la part de travail instructif qui leur revient.

Il est aisé de tirer de ce petit aperçu des conclusions statistiques tout au moins en ce qui concerne notre Faculté. La promotion à laquelle je viens d'appartenir comprenait environ 180 étudiants.

Au cours de la troisième année qui comporte le stage d'accouchements, un tiers de l'année scolaire est accordé à ce stage, soit environ douze semaines.

Il y a donc approximativement 60 étudiants inscrits pour la garde de nuit au cours de ces dix semaines : un certain nombre de ces nuits est réservé aux élèves sages-femmes. Les étudiants, divisés en groupes de 7 ou 8, voient revenir leur tour de garde tous les dix jours. Si l'on tient compte des vacances : Noël pour le premier stage, Pâques pour le second groupe, chaque groupe de 7 ou 8 étudiants prend environ 6 nuits de garde, au cours desquelles nous pouvons estimer qu'il ne se présente guère plus de 15 accouchements. A chacun de ces 7 étudiants sont donc offertes deux occasions au plus d'exercer leur talent.

Dans ces conditions, nous pouvons affirmer que le jeune médecin qui termine ses études ayant pratiqué 10 accouchements normaux s'est montré louablement zélé. Et si nous spécifions que ces accouchements furent normaux, c'est parce que nous ne savons pas qu'un simple stagiaire ait eu la possibilité d'accueillir un nouveau-né qui se présente à lui par le siège.

Ne faut-il pas ajouter que le stagiaire assidu, s'il a pu faire un certain nombre de diagnostics de position par le palper, n'a pas de très fréquentes occasions d'apprécier par le toucher une dilatation, les dimensions d'un bassin, ses déformations, et que par suite certaines notions d'une indiscutable utilité, fixées dans sa mémoire, ne sont que rarement complétées par un souvenir tactile.

Pourrait-il en être autrement, alors que le stage est si bref et la liste des stagiaires si longue ?

Voici donc, avec un bagage constitué de 10 accouchements spontanés au maximum, de quelques prises de forceps sur mannequin et d'une connaissance souvent précise de son traité d'obstétrique, le jeune médecin face à face avec la *Responsabilité*.

La vie d'une femme et celle d'un enfant dépendront de sa science sans doute, mais autant de son adresse et de son sang-froid. Peut-il prétendre au calme et à l'habileté, celui qui possède une si mince expérience ?

CHAPITRE II

LES DIFFICULTES

Dans toutes circonstances où s'impose à l'homme le devoir de décider et d'agir surgissent des difficultés de deux ordres.

1° Difficultés intimes, provenant des réactions intellectuelles ou sentimentales que ce devoir inévitable a pu faire surgir en lui-même, variables avec les conditions professionnelles : *difficultés intrinsèques*.

2° Difficultés matérielles conditionnées par le milieu social et par le cadre de l'action : *difficultés extrinsèques*.

Le jeune médecin qui s'installe à la campagne est naturellement en butte à ces deux catégories de difficultés.

I. — Les difficultés intrinsèques.

Pour les premières, elles se présenteront à lui avec certaines nuances selon les coutumes du pays à l'égard des sages-femmes, selon la présence ou l'absence de confrères.

Si, par exemple, le jeune docteur succède à un praticien dans un pays où il se trouve seul, où la clientèle tient absolument à l'intervention du médecin, si bien que dans son rayon d'action aucune sage-femme n'exerce son art, tous les accouchements lui incomberont; pour peu que la chance lui sourie, que, dès l'abord, lui soient offertes des présentations faciles, et qu'en somme il lui suffise de répéter les gestes accomplis naguère à la Maternité, l'assurance lui viendra,

aura tôt fait de dompter son inquiétude, et sans doute pourra-t-il aborder par la suite une prise de fers avec un sang-froid suffisant pour bien mettre en œuvre ses connaissances théoriques.

C'est là, nous croyons, la marche habituelle des faits.

Mais si la clientèle est accoutumée aux soins d'une sage-femme compétente, qui fasse tous les accouchements au cours desquels aucune intervention obstétricale n'apparaît nécessaire, le médecin ne sera demandé que dans des circonstances graves, où s'impose une décision prompte, suivie d'une action précise. Si notre jeune docteur est troublé, s'il doute de ses aptitudes, il s'effacera devant un confrère plus expérimenté : cet aveu d'incapacité ne peut le laisser insensible et ne passe point inaperçu de la clientèle, si bien fardé qu'on le lui présente.

Là cependant l'amour-propre et le portefeuille seuls courent des risques.

Bien plus grave est le cas où nul confrère n'est assez proche pour se substituer en temps utile au jeune médecin mandé d'urgence.

L'action s'impose ! Timoré, c'est dans un trouble encore accentué par la présence d'une sage-femme, dont l'œil averti l'observe, qu'il tentera d'intervenir. Quelles maladresses pourront s'ensuivre !

Audacieux, il agira d'une main volontairement ferme, manifestant à l'excès sa confiance; la main ferme se fera dure, le forceps sera trop serré, la traction trop puissante et trop rapide, et comme conclusion : un enfant mutilé, une mère déchirée, quand ce n'est pire; un médecin frappé dans sa réputation, plus lourdement encore dans sa conscience.

Par bonheur, le tableau que nous brossons ici s'observe rarement.

Nous connaissons nombre de médecins qui, plus persévérants que nous-même, ont terminé leurs études au lendemain de la guerre. Ayant vécu comme eux cette période de détente après quelques années de peine, d'angoisses et d'apathie

cérébrale nous n'ignorons pas que nombre d'entre eux n'avaient guère plus de pratique obstétricale que les étudiants d'aujourd'hui.

Presque tous sourient à cette heure de leurs appréhensions de jadis...; ils ne parviennent pas cependant à les oublier.

Nous tenons donc pour certain que les accidents ne sont pas d'une grande fréquence. Si rares soient-ils pourtant, il serait vain de les nier, inhumain de leur opposer l'indifférence.

Nous avons peu insisté dans ce chapitre sur l'importance du rôle que joue l'accouchement à l'endroit de la réputation d'un médecin de campagne.

Son attitude est constamment épiée; sa situation dépendra d'une aptitude diplomatique particulière que nulle école ne peut enseigner et qui est inhérente au terroir. La sympathie pourra venir, mais la confiance fuira si deux ou trois accouchements sont défavorables aux initiatives et même à la simple chance du nouvel installé.

Quelles que soient les urgences en chirurgie ou en médecine, il aura le temps de la réflexion, il pourra revenir chez lui, consulter ses livres, réfléchir même tout simplement, loin des yeux inquiets, à l'abri des interrogations muettes, des jugements impulsifs. Il pourra au besoin en moins d'une heure rallier le maître susceptible de le conseiller ou de se substituer à lui.

En obstétrique, dès qu'il aura pris place au chevet de la parturiente, sa tâche est claire. Il est immuablement fixé à ce lit. Et l'entourage, nous le répétons trop peut-être, le jugera sinon mieux, du moins plus volontiers en face de l'accouchement, acte physiologique, que sur tout terrain pathologique.

Il y a donc un intérêt primordial pour le jeune médecin à posséder une culture obstétricale pratique.

C'est d'abord un devoir pour lui d'être un accoucheur avisé, c'est ensuite une garantie de succès.

II. — Les difficultés extrinsèques.

Mais si maître de soi qu'il pense être, l'accoucheur de la paysanne devra toujours compter avec cette vieille ennemie qu'est la *routine*; ennemie contre laquelle nul enseignement ne l'a mis en garde : c'est une rude adversaire, une source constante de perplexités.

L'accouchement est considéré, non sans raison, par le peuple campagnard comme un acte physiologique. Le paysan n'est-il pas le plus souvent seul à présider à la naissance de l'agneau, à délivrer sa vache ?

Plus souvent que ne le supposent les intellectuels confinés dans leur cité, l'homme de la glèbe, plus foncièrement égalitaire que l'homme de l'usine, compare aisément les diverses espèces.

Il en conclut qu'il n'y a pas lieu de hisser l'espèce humaine sur un piédestal quand il s'agit de fonctions naturelles.

Les manifestations physiologiques de la grossesse ne l'étonnent pas plus que la conclusion de cette évolution, surtout lorsque plusieurs petits gars solides et normalement venus trottent déjà dans la chaumière.

Nous pouvons même citer le cas, contrôlé par nous dans la propriété d'un de nos proches parents, d'un vigneron passablement primitif à vrai dire, qui poussa si loin la comparaison qu'ayant observé la naissance de son premier enfant il se chargea sans vergogne d'attirer au monde le second.

Il ne commit qu'un seul oubli : il ne lia point le cordon, mais le rompit.

Le bambin n'en souffrit pas outre mesure, cette opération ayant été pratiquée quelques heures plus tard.

Quant à la délivrance, grâce au classique procédé vétérinaire : la boisson chaude et stimulante, elle se produisit sans complications.

Nous conviendrons volontiers que ces initiatives sont exceptionnelles, mais il est incontestable que l'évolution de

la grossesse n'attire l'attention de certaines familles paysannes que si elle porte une gêne par trop flagrante à l'accomplissement de la besogne quotidienne.

Le danger d'une présentation défectueuse, de l'éclampsie, dont la menace est pourtant décelable, la paysanne et son époux n'en ont cure; ils ne l'aperçoivent pas.

C'est donc aux premiers gémissements de la parturiente qu'on appellera sage-femme ou médecin, selon le cas.

Primipares au bassin rétréci, multipares offrant une épaule, s'avisent parfois, à l'heure ultime de la gestation, qu'un secours avisé leur est nécessaire.

Si compétent que soit alors l'accoucheur, il ne pourra pas toujours éviter l'accident, et, quoi qu'il advienne, sa conscience pourra demeurer en repos.

Nul ne l'accusera si sa réputation est de longue date établie; mais s'il est ce novice qu'on accueille d'un regard soupçonneux, dont les commères épient les gestes et les paroles, dont la jeunesse apparaît comme un raison de défiance, qu'advient-il?

Certaines carrières, nous le savons, ont été gênées par de semblables événements.

La *routine* est donc un ennemi sérieux pour l'accoucheur, et ce serait faire œuvre utile que la combattre.

Il y a tout un côté d'éducation sociale qui paraît n'avoir pas reçu tous les soins qu'il mérite.

La *routine* est une ennemie de l'accoucheur, mais elle trouve une alliée constante et fidèle dans la *malpropreté* : la chaumière, quoique plus aérée que le taudis citadin, n'est pas à l'abri des germes nocifs : les animaux familiers, chiens, chats, vivent dans une intimité poétique mais dangereuse avec les maîtres de la maison. Le ruisseau est proche, mais la lessive est rare et le savon coûteux.

Quant aux instruments d'hygiène intime, autant vaut les passer sous silence.

Chez le paysan propre, les draps sont blancs, l'armoire cirée, on use le balai, on lave les carreaux; mais la bai-

gnoire ou le tub sont considérés comme objets de luxe, et l'on s'estime propre lorsqu'on est bien peigné, rasé, vêtu de linge blanc. Nous pouvons affirmer que bien des paysans cossus ont fait l'emplette d'un appareil de T. S. F. avant que de songer à l'achat d'un quelconque injecteur pour leur moitié.

A cette conception de la propreté, l'hygiène sans doute ne trouve point son compte.

Le jeune médecin de souche paysanne prévoira peut-être les difficultés de cet ordre, mais le petit citadin, mais l'enfant du fonctionnaire « logé, nourri, blanchi », sentiront parfois leurs bras tomber devant la conception que certains paysans « bien à l'aise » ont du « confort moderne ».

Nous n'insisterons point davantage sur cette méconnaissance curieuse des principes hygiéniques dont fait preuve le « bourgeois de la terre ». Elle prêterait plus volontiers à la plaisanterie qu'à la lamentation, et d'ailleurs il est facile d'y porter remède : le bas de laine est solidement lié, mais on ne fait pas appel en vain à la raison de celui qui le noue.

Infiniment plus grave et plus triste est la saleté lorsqu'elle est conséquence de la misère, et de cette nonchalance, de cette apathie, dont font preuve certains vaincus de la lutte pour le pain.

A vrai dire, dans nos campagnes girondines, la chaumière misérable ne se rencontre pas sur toutes les routes, et je ne crois pas que le taudis citadin lui cède beaucoup sur le terrain de l'insalubrité.

Mais l'accouchée campagnarde, peu prévoyante et mal conseillée par un entourage fidèle à la routine, n'a pas en général la possibilité de recourir à une clinique. Force sera donc au médecin d'intervenir avec les moyens « d'infortune » qui lui seront offerts et que son ingéniosité saura lui suggérer.

Il est cependant bon d'observer, et c'est une consolation relative, que le milieu « sale » de la campagne est vraisemblablement moins septique que bien des atmosphères d'apparence plus hygiénique.

C'est ainsi qu'avant l'introduction en obstétrique hospitalière des méthodes rigoureuses d'asepsie qui sont aujourd'hui mises en œuvre, la mortalité par infection puerpérale était sûrement plus élevée dans les établissements affectés à l'accouchement que dans les habitations particulières quelles qu'elles soient.

Cela tient certainement à ce que la parturiente de la campagne subit un minimum de touchers, et que le médecin qui les pratique avec des mains simplement savonnées ou iodées n'a que très rarement souillé gravement ses doigts avec un agent virulent dans les minutes précédentes.

Mais si consolante que soit cette constatation, elle ne doit pas nous inciter à négliger un danger qui, s'il perd de sa fréquence, conserve toute sa gravité.

Pour souligner l'importance, parfois tristement pittoresque, des difficultés qui naissent de la routine, de la saleté..., de la misère, nous avons réuni quelques lettres typiques d'obligeants confrères, qui durent, au cours de leur carrière, se livrer à d'angoissantes improvisations opératoires ou travailler dans de déplorables conditions.

Voici d'abord quelques considérations, à la fois humoristiques et désabusées, que nous devons à l'amabilité du *Docteur Aubouin*, de *Montendre* :

« Vous pourriez mettre en exergue à votre ouvrage la phrase de Courteline : « La venue d'un enfant a le don de » rendre complètement idiots des gens qui, sans cela, » seraient restés de simples imbéciles. »

Into the primitive, dirait Jack London.

» Dans la Corrèze, on fait accoucher dans le toit à moutons, puis on ramène l'accouchée dans la maison!

» C'est dans ce département que sous-préfet et député inaugurèrent la statue d'un rebouteur (Voir article de Cruchet, in *Carnet médical français*).

» Vous voyez le fond qu'on peut faire sur les pouvoirs publics. Pour ce qui est de l'instruction médicale, vous pou-

vez avoir fait un très bon stage consciencieusement et, par suite de la loi des séries, n'avoir jamais vu un cas qui vous tombera sur le nez à votre première semaine de clientèle.

» Il n'y a rien à faire pour éduquer la clientèle dans aucun milieu.

» Obtenir de l'eau bouillie froide et de l'eau bouillie chaude est impossible. Un lavement évacuateur les derniers jours également.

» Le linge blanc de lessive fait perdre.

» S'il y a des circulaires du cordon, c'est que la femme, chez la tailleuse, a pris le centimètre autour de son cou.

» Avec un collègue, nous avons eu à faire un accouchement terrible. La dystocie avait été diagnostiquée, le nécessaire fait pour envoyer l'intéressée au milieu du huitième mois à la Maternité, mais la mère, à l'insu du collègue, avait retenu sa fille (fille - mère) parce qu'elle voulait que sa fille accouchât chez elle. Raison donnée : on peut voir la ressemblance paternelle immédiatement après la naissance. Oh ! recherche de la paternité que d'âneries on fait en ton nom !

» Emploi du placenta même douteux pour faire passer des noëvi en application locale.

» Explication du propulaire sur notre examen du placenta : « C'est pour savoir s'il y aura d'autres enfants, mais il nous est interdit de le dire par la Faculté ! »

« Bref, c'est un volume qu'il faudrait écrire sur ce sujet. »

*
* *

Et puis voici le « premier forceps » de notre bon ami, le Docteur *Guérin, de Pujols*. Nous avons dû écourter la savoureuse description qu'il nous avait adressée, et nos ciseaux mutilants ont ôté de son charme à ce récit, qui décrit bien l'embarras dans lequel se trouve souvent le débutant dans nos campagnes.

« Je m'habillai prestement, je mis la trousse d'urgence dans

ma poche et, pliant à tout hasard les forceps dans un journal, je les attachai sur le guidon de mon vélo. Quelques instants après, j'étais sur la route avec mon compagnon, pédalant dans la campagne baignée de clair de lune.

» A une allure de record cyclo-pédestre par des chemins fort compliqués, j'arrivai à une petite maisonnette perdue dans les vignes.

» J'entrai. Une vieille, en attisant le feu dans la cuisine, se lamentait en patois, tandis que de la chambre voisine partaient de petits cris plaintifs.

» Je pénétrai dans la chambre voisine, une grande pièce presque vide aux murs blanchis à la chaux, au sol de terre battue, vaguement éclairée d'une bougie clignotante. A grand'peine, j'obtins de l'eau bouillie dans un pot aux parois grasses que la vieille dut préalablement frotter à la cendre. Comme cuvette : un saladier. Pour mes mains, un peu d'eau-de-vie. Aucun irrigateur, ni fontaine, ni bock.

» Je procédai à l'examen de la parturiente.

» C'était une primipare de 28 ans, maigre, chétive, avec un teint blafard, qui me fit une impression fâcheuse.

» Elle paraissait déjà très fatiguée.

» Dilatation : petit palmaire.

» Ce n'était pas si mal que ça... Tout en plongeant mes mains dans une nouvelle eau, je demandai à la vieille : « Elle se porte bien d'habitude ? »

» — Comme ci, comme ça. Elle était toujours fatiguée pendant sa grossesse, et puis elle a beaucoup toussé cet hiver. »

» Je m'assis près de la cheminée, songeur. Une heure s'écoula lentement, pendant laquelle la femme geignait, avec, de temps à autre, des exacerbations de bon aloi. Puis, peu à peu, les plaintes deviennent égales, continues, monotones.

» J'avais pratiqué une seconde fois le toucher, la dilatation était presque complète. Je m'attendais donc, d'un moment à l'autre, à voir survenir des douleurs expulsives. Hélas ! il n'en fut rien. La femme semblait de plus en plus fatiguée, de plus en plus inerte. Je fus alors convaincu qu'elle

n'accoucheraït pas spontanément.. Je décidai de pratiquer un dernier examen de repérage. Tandis que j'y procédais, la femme poussa légèrement, eût un cri plus perçant, détourna les yeux et tomba en syncope. Je la ranimai et me retournant, bien résolu cette fois, vers l'homme et la vieille : « Je vais appliquer immédiatement les fers. »

» Pendant que je dépliais le forceps, je pensais à la stérilisation. L'ébullition ? il n'y fallait pas songer. Aucun récipient pratique ne pouvait contenir l'instrument. Alors, dans une lèchefrite, aussi bien nettoyée que possible, j'e procédai à la flambée, après avoir fait chauffer l'eau-de-vie, qui, au lieu de s'enflammer, éteignait toutes les allumettes. Pendant ce temps, je repassais dans ma mémoire les exercices pratiques effectués tout récemment encore sur le mannequin de la Faculté.

« Voyons, dis-je sur un ton décisif, il va falloir m'aider sérieusement tous deux. »

» Je me retournai..., plus personne dans la cuisine.

» Je passai dans la chambre; seule, la parturiente geignait faiblement, toujours au seuil de la syncope.

« Où êtes-vous ? J'ai besoin de votre aide, voyons. »

» Rien.

» Je revins dans la cuisine en appelant toujours. Je remarquai une porte ouverte, qui, tout à l'heure, était fermée. Je me précipitai dans l'obscurité du réduit je me heurtai violemment à un objet et je trébuchai en criant à tue-tête : « Etes-vous là, êtes-vous là ? » Soudain, j'entendis près de moi comme un sanglot étouffé. Je fis craquer une allumette. Entre un pressoir et une cuve, la vieille était blottie, sa tête entre les mains et pleurant lamentablement. Je la pris par un poignet, je la secouai avec énergie et la tirai dans la cuisine :

« Où est votre gendre ?

» — Je ne sais pas; il est sorti.

» — Avez-vous des voisins tout proches.

» — Le patron, c'est le plus près, il y a un kilomètre par la traverse. »

» Je revins dans la chambre, courus au lit, je me penchai sur la femme, qui avait cessé de se plaindre, je ne vis que ses yeux révoltés. Je la crus morte.

» Affolé cette fois, je me précipitai dehors, je fis le tour de la maison en criant des « hep ! hep ! » désespérés. Tout à coup, dans un rang de vignes, je vis une ombre qui s'enfuyait. Je courus vers elle de toute la vitesse de mes jambes. Jamais dans ma carrière de trois quart aile, je ne piquai aussi furieuse pointe. Je tombai littéralement sur le fuyard ; c'était mon homme. Je l'empoignai brutalement et traînai cette loque pleurnicharde jusqu'au lit de sa femme.

» La vieille était là médusée. La femme en gésine revenant à elle ; elle ne sut jamais le plaisir qu'elle m'a fait à ce moment-là !

» D'un tour de bras, je la plaçai en travers du lit ; elle ne pesait pas lourd.

» Alors, sur un ton de commandement qui ne souffrait pas de réplique : « Vous allez chacun tenir une jambe. »

» Le « minus » obéit machinement et prit un doigt de pied. La vieille s'approcha avec circonspection. Après avoir très vite passé mes mains à l'eau-de-vie, je m'armai de la première branche. A cette vue, la vieille battit en retraite ; je lui barrai la route. Alors elle fit le tour du lit, prit la tête de sa fille entre les mains et, pleurant à chaudes larmes, elle criait : « Pauvre Adèle ! pauvre fille, tu es perdue ! »

» L'homme tenait une jambe en détournant la tête, comme s'il avait craint une explosion ; je plaçai l'autre jambe sur le dossier d'une chaise en la maintenant du coude, tant bien que mal, et je tentai le tout pour le tout.

» Comment ai-je placé le forceps ? Je n'en sais rien, on n'explique pas les miracles. Ce qui est certain, c'est que mes branches s'articulèrent à merveille, que mon tracteur coulissa tout seul, que je tirai, tirai, tirai, et que soudain j'eus entre les mains un enfant qui criait.

» Alors ! ce fut indescriptible. La vieille, en trépignant, criait dans les oreilles de sa fille :

« Adèle, ça y est ! ça y est ! »

» L'homme, sans lâcher la jambe, riait aux éclats, comme un idiot.

» Le reste est sans histoire. J'eus toutes les peines du monde à me soustraire aux effusions de la vieille, qui tenait absolument à me préparer une omelette au jambon, et de l'homme qui s'acharnait à me faire accepter « au moins » un coup de vin blanc.

» Pour compléter cette observation, je dois ajouter : suites de couches normales.

» Les infiniment petits ont, parfois, de ces infinies clémences.

*
* *

Le *Docteur Clavé, de Pontenx-les-Forges*, a bien voulu rédiger pour nous ces deux petits tableaux taillés à l'emporte-pièce et d'une éloquente sobriété.

Pauvres médecins de campagne!

Deux accouchements.

1^o Novembre 1907.

Mme G..., Sainte-Eulalie-en-Born (Landes).

Mois de novembre, temps très froid, 17 kilomètres à parcourir pour arriver à la malade, dans une cabane située dans les forêts de pins du littoral, à 4 kilomètres de toute habitation voisine.

A l'examen, dilatation palmaire. Là, dénûment complet, l'habitation est une cabane de résinier. J'embarque la malade dans ma voiture (voiture découverte, à cheval, tout autre moyen de communication étant impossible, et quels chemins!) faisant ainsi 10 kilomètres pour l'amener dans sa famille; un quart d'heure après l'arrivée l'accouchement se fait normalement. Forceps passé à la vaseline! parce que pas d'huile. L'eau[?] chaude dans des plats de résine. Pas de lit, un matelas par terre !

2^o Décembre 1910.

Mme D..., Sainte-Eulalie-en-Born.

Plein hiver, 4 degrés au-dessous de zéro.

Maison isolée à 4 kilomètres du voisin par des chemins impossibles. Misère complète : pas de linge, pas de bois pour faire chauffer de l'eau. Quelques brindilles à peine, qu'une fillette de 12 ans, seule dans la maison, allume et entretient au foyer. Le mari, absolument saoul, couché par terre et en train de cuver son vin dans un coin de la cuisine.

Malade multipare; à l'examen, grossesse gémellaire; le premier enfant, présentation¹ de l'épaule, version; au deuxième, application du forceps au détroit supérieur. Antisepsie impossible !

Suites normales, la malade est levée au neuvième jour.

Enfants encore vivants, superbes de santé.

*
* *

Du *Docteur Lamy-Lapeyrière*, ex-interne des hôpitaux de Bordeaux, ces trois observations qui nous incitent à l'optimisme, non sans souligner les angoisses qui précèdent l'infirmité heureuse d'un fâcheux pronostic.

1° Mme D..., Saint-Etienne-de-Puy, primipare, accouchement le 16 septembre 1922, avec sage-femme. Forceps à 4 heures du matin après dilatation bimanuelle pour inertie utérine et col insuffisamment dilaté. Délivrance artificielle.

Asepsie : lavage à l'eau bouillie de la maison, savonnage de la vulve et injection avant le forceps à l'eau iodée. Nettoyage des mains à l'eau bouillie iodée. Récipients flambés à l'alcool.

Après la délivrance, injection intra-utérine à l'eau iodo-iodurée.

Le soir de l'accouchement, à 21 heures, je suis rappelé.

La malade a eu un grand frisson suivi d'une température (axillaire) à 39° 9. Injection intraveineuse d'électrargol, suivie, le lendemain et les jours suivants, de sérum antistreptococcique. La fièvre continue aux environs de 40 degrés. Je pratique au début, en plus des injections antistreptococciques, des injections intra-utérines à l'eau iodée. La fièvre ne cessant pas, abcès de fixation qui amène une sédation. L'abcès incisé au bout de quatre jours. Vers le douzième jour de la maladie, la fièvre remonte.

Traitement continu au sérum antistreptococcique. Sérum polyvalent, huile camphrée, nouvel abcès de fixation vingt à vingt-cinq jours après le début de la maladie. La fièvre continue, très intense, montant jusqu'à 41° 5 axillaire. Au bout d'un mois et quelques jours elle cède. La malade finit par guérir. Elle est actuellement vivante, bien portante, a eu, depuis son premier accouchement, trois autres enfants, tous vivants et bien portants.

J'ai gardé de cette très angoissante affaire le souvenir que, en présence d'interventions urgentes, dilatation d'abord, puis forceps, puis délivrance artificielle, tout en prenant les précautions minutieuses (iode et alcool sur les mains, additions abondantes d'iode à l'eau bouillie, lavages, morcelage d'un gros bloc de savon au couteau flambé pour n'en avoir que le centre), j'avais l'impression pénible d'introduire des germes septiques dans l'utérus de la malade.

La guérison complète ne met pas en doute d'infection puerpérale, grave mais sans doute exogène, en écartant toute idée de tuberculose ou d'infection eudogène.

2° X..., 23 ou 24 ans, au Janisson, commune de Beaurenne, fille-mère primipare.

En avril 1923, je reçois un télégramme, à 10 heures, pour un accouchement. J'arrive à 11 heures. La malade est accouchée depuis 10 heures du matin : jeune femme infirme, à bassin déformé, que je n'avais jamais vue auparavant. L'enfant, vivant, gigote dans un magma de méconium, d'eaux et de matières fécales entre les jambes de sa mère, et tape des pieds, comme sur un ballon; le placenta sorti spontanément avec membranes entières à la vulve. La couche, inondée de sang et du reste, est constituée par un drap dont la couleur originelle avant l'accouchement rappellerait plutôt un drap ayant essuyé tous les fonds de poêle de la maison, drap recouvrant une couette de même aspect. Je retire l'enfant de ce mélange, ligature le cordon et essaie de le laver sans eau bouillie dans un baquet heureusement en terre vernie, mais qu'il avait fallu arracher à l'avidité des oisons, qui s'y disputaient leur pitance.

La mère, essuyée et changée de linge comme j'ai pu, est laissée par moi jusqu'au soir. Ayant pu, dans la soirée, avoir de l'eau bouillie, un appareil à injection, de l'iode, de l'alcool, je n'ai pas cru, après un long débat intérieur, soustraire ma conscience à faire une injection vaginale et un lavage externe à l'eau très probablement plus que sommairement bouillie. Les jours suivants, je me suis volontairement abstenu de tout lavage. Je crois qu'il est de Funck Brentano, cet axiome : « mieux vaut s'abstenir en obstétrique de toute injection vaginale que de la faire avec une eau dont la stérilisation n'est pas certaine. »

Je restais malgré tout dans les transes après, surtout, mon aventure de l'année précédente (obs. D... du 16 septembre 1922.) Terreur très courte. Le quatrième jour, la jeune mère gardait ses oies et faisait téter son enfant.

En somme, je n'avais pas touché à l'utérus, la nature avait triomphé de la saleté.

3° L..., à Mussidan, primipare (je crois). Accouchement prématuré le 21 février 1923 dans un baraquement en planches. A 1 heure du matin, je suis prévenu que la femme avait des coliques. Je l'avais vue quelques jours auparavant et l'accouchement ne devait avoir lieu qu'un mois plus tard.

A mon arrivée près de la malade, un siège décomplété mode des fesses hors de la vulve! Pas d'ouate, pas d'eau bouillie, pas d'alcool, rien que mes mains dont je ne savais que faire. Et la malade poussant, l'enfant sortait. Vite un peu d'eau et beaucoup de savon, tout ce que je possédais, et je me décide à mettre ma main dans la cavité vaginale. Heureusement ça venait tout seul. Je rencontre la tête hors de l'utérus et je n'ai qu'à esquisser une vague manœuvre pour l'extraire. Enfant vivant; aucune injection; naturellement, délivrance et suites tout à fait normales. La rapidité de cet exposé répond à celle de l'accouchement, mais mon embarras m'a paru bien long.

*
* *

Le *Docteur Brieu*, de *Guîtres*, possède un « tableau » obstétrical considérable. Nous l'avons prié de faire appel à ses

souvenirs et de tailler dans le long film de sa vie d'accoucheur quelques instantanés frappants.

Appelé à examiner une femme à terme, je me trouve en présence d'un sujet ayant presque de l'anasarque. Je prescris immédiatement le régime absolu du lait et de l'eau. L'analyse révèle naturellement quelques grammes d'albumine. La femme n'accusait presque aucun malaise. J'avais prévenu que, dès la moindre alerte, on me fit appeler. Quelques jours après, la malade avait une crise éclamptique terrible et tombait brusquement dans le coma. On vint me chercher en toute hâte : j'étais en tournée médicale à 6 kilomètres. En arrivant, je donne immédiatement du chloroforme en avertissant la famille que probablement la femme mourrait, mais qu'il fallait agir vite, n'ayant pas le temps d'appeler un confrère afin de chloroformer. Pendant six heures elle fut anesthésiée. Au toucher vaginal, travail à peine commencé.

Je fis la dilatation forcée, deux saignées. Application forceps dès que fut possible. Délivrance rapide. Enfant vivant. Déchirures du périnée.

Le lendemain, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie.

Etat très alarmant. Cependant, la guérison a pu être obtenue, à mon grand étonnement, et la petite fille est restée vivante.

Tout cela s'est passé dans un milieu qui était presque un taudis où, tout au moins, il a fallu faire abstraction d'antisepsie parfaite, sans aide au courant, au milieu des poussières, des déjections, avec des mains plus ou moins polluées, afin d'agir vite et sans grand espoir d'avoir un résultat satisfaisant. (A ce moment-là, je venais de terminer mes études et j'étais attaché à la salle d'accouchement de Saint-André et au service des Professeurs Demons et Lannelongue. Beau début dans l'accouchement.) Chez la paysanne, j'ai vu depuis éclampsies moins graves en apparence : enfant toujours mort-né.

2° Chez une paysanne, dans un milieu très sale. Venant moi-même de manipuler du pus chez d'autres malades, n'ayant que de l'eau et du savon et un peu de créosote trouvée dans une petite

fiolo sur la cheminée où la poussière datait probablement de plusieurs mois.

Résultat admirable. Guérison sans infection et en peu de temps.

3° Appelé un jour de fête, d'urgence, chez une femme qui avait enfanté sans le secours de personne. Draps noirs comme de la suie, avec déjections de puces disséminées partout et par milliers. Odeur de saleté écoeurante et je ne parle pas des mouches en bombance.

Nouveau-né entre les cuisses de la parturiente avec le placenta expulsés.

Caillots énormes sur la chemise aussi souillée que les draps. La femme n'avait pas dû se « débarbouiller » depuis longtemps.

Les voisines qu'on était allé quérir n'osaient s'approcher du lit en face de ce spectacle dégoûtant. Quelques-unes, prises même de nausées, se sauvaient dehors.

Pas d'autre linge, ni coton hydrophile à ma disposition.

Autre guérison cependant sans température. La température de la parturiente s'est maintenue à 37 degrés (et les honoraires du médecin à 0).

4° Appelé une fois par un confrère et une autre fois par une sage-femme chez une parturiente très multipare.

Première fois, éclairé par une chandelle. Version par présentation de l'épaule, dans une pièce où nous pouvions à peine contenir. Antisepsie douteuse. Pas de suites ni infection.

Deuxième fois, présentation du siège décomplété mode de fesses. Enfant mort. Accouchement très laborieux, obligé de me servir du crochet du forceps pour avoir une jambe. Tête dernière impossible à dégager, obligation d'appliquer forceps sur tête dernière. Taudis. Suites normales. La femme ne s'est pas découragée et a eu d'autres enfants depuis.

5° Femme à laquelle un confrère avait conseillé d'avoir un enfant pour la débarrasser d'un prolapsus utérin ? Accouchement terrible. Le confrère n'arrivait pas à saisir la tête entre les branches du forceps parce que la dilatation se maintenait à palmaire, à peine, avec spasme du col. Appelé par mon aimable confrère, je

réussis à passer les branches du forceps et à saisir la tête au-dessus du détroit supérieur. Extraction d'un enfant mort, parce que, par malheur, le cordon avait été sectionné par l'extrémité d'une des branches. Hémorragie monstre. Crainte de rupture utérine. Tamponnement rapide par le poing introduit dans le vagin et compression du globe utérin, puis par du coton hydrophile bien tassé. Après toutes ces manipulations, loin d'être aseptiques, guérison dans des conditions normales, presque inattendues.

6° Femme d'une saleté repoussante dans un milieu semblable. Bassin rétréci. Tête un peu grosse, forceps au détroit supérieur. Je n'ai jamais tant tiré de ma vie : la femme, souffrant beaucoup, mettait ses mains à la vulve et voulait sortir le forceps. Enfant en asphyxie, ramené à la respiration normale après vingt minutes environ. Guérison normale, sans température anormale. Enfant encore vivant, 6 ans environ. Femme bien portante, mais pratiquant toujours le culte de la saleté. J'ai vu ses draps de lit il y a peu de temps, j'aimerais mieux coucher sur la paille d'une étable : ce serait plus propre et moins malodorant.

Je n'exagère rien dans tout ce que j'ai relaté dans mes observations. Je ne vous ai présenté que des tableaux réels. Je pourrais vous donner bien d'autres observations de même genre. Pendant toute ma carrière médicale à la campagne, je n'ai jamais eu chez mes accouchées d'infection puerpérale mortelle, et Dieu sait si j'ai vécu souvent au milieu des transes !

Presque jamais je n'ai rasé le mont de Vénus, ni employé de gants; cela, jusqu'ici du moins, produit un effet désastreux et nous fait critiquer à la campagne.

Naturellement, pas de table d'opérations. On met la malade en travers sur le bord du lit et on n'a pas toujours à choisir ce lit. J'ai pensé et dit souvent : « Si nos maîtres nous voyaient ! » Et cependant, avec la meilleure volonté, il est impossible de faire mieux. On pratique toute l'antisepsie possible telle qu'on nous l'a enseignée, mais, autour de soi, on a toutes espèces de causes qui font qu'il est impossible de la maintenir. Toutefois, il faut reconnaître que, dans ma clientèle, je ne vois pour ainsi dire plus

d'éclamptiques, car j'ai habitué les femmes à voir leur médecin pendant leur grossesse, à pratiquer l'examen de leurs urines, à se rendre compte de la présentation du fœtus et des malconformations du bassin.

*
* *

Le *Docteur Micheleau*, de *Coutras*, nous a fourni ces deux observations très complètes, qui mettent bien en lumière l'ingéniosité dont le médecin de campagne est souvent obligé de faire preuve.

1° Mme Anna D..., multipare, 33 ans, 3^e grossesse. Présentation de l'épaule avec bras proscident. Poche des eaux rompues depuis près de vingt-quatre heures. Enfant mort. Utérus en état de contracture. En conséquence, la version ne peut même pas être tentée. La parturiente se refuse de façon absolue à aller à l'hôpital. Il ne reste qu'une solution : l'embryotomie. Il est minuit, au fond de la campagne, à 10 kilomètres du médecin le plus proche, il fait un temps affreux. Nous sommes dans un taudis composé de deux pièces, les chats et les chiens habitent dans la chambre. L'un des chats est couché avec le plus jeune des deux enfants dans la chambre même de la malade. Pendant la journée, les habitants du poulailler font des incursions fréquentes jusque auprès du lit, il en reste des traces apparentes : déjections sous la table et marque de pattes sur les carreaux. La parturiente est couchée dans un lit dont on a retiré le drap de dessous pour le remplacer par de vieux vêtements, non seulement pour ne pas salir le drap, mais parce que la toile blanche attire le sang (?). La femme trouve le temps long, mais ne souffre pas beaucoup. Elle est inquiète, et c'est seulement pour cela qu'une vieille, très vieille sage-femme, pourtant diplômée, nous a fait appeler lorsque le bras est apparu. Elle pensait que nous pourrions faire une version et rapidement délivrer la cliente. Elle avait vu la malade la veille, poche des eaux déjà rompue, mais, appelée ailleurs, n'était revenue que quelques heures avant nous.

Notre trousse ne comporte pas (à tort, et depuis ces instruments ont été ajoutés) de ciseaux de Dubois ni de basiotribe. Comme il

importe d'agir vite, et, étant donné le lieu, l'heure et la distance, nous décidons d'employer un moyen de fortune. Nous faisons bouillir et passons à la teinture d'iode une ficelle petite et solide (en l'espèce mise de fouet) nous réussissons non sans peine à la passer sur le cou de l'enfant, nous la croisons et, par un mouvement de va-et-vient, nous l'utilisons comme une véritable scie. En quelques instants la décollation est obtenue et nous retirons le corps d'une petite fille. La tête ne venant pas, et la malade commençant à saigner, nous faisons immobiliser la tête par la sage-femme, qui place ses deux mains sur le ventre de la malade, et nous faisons une application de forceps au-dessus du détroit supérieur en serrant notre forceps au maximum. Nous retirons, après deux manœuvres de dérapages et deux reprises nouvelles, une très grosse tête, qui n'est passée que par l'aplatissement provoqué par notre serrage.

La malade continuant à saigner, nous devons faire d'urgence la délivrance artificielle, le placenta ne se décidant pas à venir spontanément. Décollement facile, mais très grosse hémorragie. L'utérus, tout à l'heure en état de contracture, est actuellement mou et flasque. Nous remettons notre main gantée dans la cavité utérine et pressons pour provoquer une contraction généralisée. L'hémorragie s'arrête, mais la malade est épuisée. Le poulx est filant, incomptable. Nous n'avons pas de sérum sous la main (nous en avons toujours depuis), nous décidons d'en préparer un demi-litre sur place. Pour cela nous faisons bouillir un demi-litre d'eau avec 6 grammes de sel de cuisine par litre et, au moment de l'utiliser, nous y ajoutons 20 gouttes de la solution d'adrénaline) ? à 1 p. 1.000.

Nous avons fait bouillir en même temps dans une autre casserole un mouchoir fin pour filtrer notre sérum, un tube de caoutchouc, prêté par la sage-femme, deux aiguilles, une pince à force-presse et un petit entonnoir en métal émaillé, trouvé dans la maison.

Après plusieurs tentatives infructueuses, nous pouvons trouver une veine près du coude gauche assez saillante. Nous fixons une aiguille à une extrémité du caoutchouc, à l'autre extrémité nous

adaptions l'entonnoir, que nous remplissons à demi du liquide préparé; nous faisons couler par l'aiguille, et, lorsque tout notre appareil est purgé d'air, nous mettons notre pouce sur le caoutchouc et introduisons notre aiguille dans la veine sans grande confiance, il faut l'avouer, car la malade était bien bas, malgré des piqûres d'huile camphrée éthérée caféinée pendant que nos instruments bouillaient. Nous faisons passer ainsi à peu près 250 cc. de sérum, et notre malade est très améliorée; à ce moment, notre système se détraque, le tube de caoutchouc se coupe au niveau de l'aiguille. Nous le réparons, puis nous faisons passer le reste du sérum sous la peau du ventre. Nous refusons l'offre de la sage-femme, qui voudrait donner une injection vaginale et n'a à sa disposition qu'une bouteille d'un litre avec bouchon à deux orifices (c'est là le bock qu'elle utilise chez les malades qui n'en possèdent pas).

Nous préférons faire une sorte de drainage avec une compresse stérile introduite dans le col et largement arrosée d'essence de goménol. Compresse dont une extrémité sort à la vulve. Nous restons auprès de la malade jusqu'à 8 heures du matin et la quittons alors qu'elle paraît être en bon état. Le lendemain, nous enlevons la compresse, nous prescrivons des ampoules d'hémostyl, et défendons absolument toute injection vaginale.

Nous revenons tous les jours pendant huit jours, puis laissons passer trois jours sans venir et, le quatrième, nous trouvons la malade debout douze jours après son accouchement, malgré notre défense.

Rien à signaler dans la suite, si ce n'est, trois ans après, une nouvelle grossesse avec accouchement normal.

2° Mme Denise G..., primipare, 21 ans. La sage-femme, très experte, nous fait appeler d'urgence parce que sa cliente vient d'avoir une crise d'éclampsie. A notre arrivée, la crise est calmée; la sage-femme nous déclare que la dilatation est à peu près complète et qu'il semble bien qu'on puisse faire une application de forceps sur le sommet qui se présente.

Après avoir pris toutes les précautions habituelles, gants bouillis, forceps flambé en même temps qu'une sonde de Dolèris

et une longue pince à pansement, vulve savonnée, vagin nettoyé à l'essence de goménol pure, poils rasés dans le voisinage de la vulve et badigeonnage externe à la teinture d'iode dédoublée, tout étant prêt pour l'application, mais la malade encore allongée, bien en travers du lit, nous faisons un toucher pour juger de l'état de la dilatation, qui est en effet à peu près complète, le peu de col restant était parfaitement dilatable.

A ce moment, et peut-être provoquée par notre toucher, se déclenche une nouvelle crise d'éclampsie, très importante, beaucoup plus que la première, nous déclare la sage-femme. Nous restons absolument seul pour nous occuper de l'accouchement, la sage-femme ayant assez à faire à tenir un mouchoir entre les dents de la malade pour éviter les morsures graves de la langue. Le mari et la mère se sont enfuis, épouvantés par l'aspect et les soubresauts de la malade. Nous mettons la malade, non sans peine, en position obstétricale, grâce à un compas (genre compas de Haran), nous lui attachons fortement les cuisses sur les porte-cuisses et au maximum d'abduction. Après plusieurs essais infructueux, dus aux mouvements désordonnés de la malade, nous réussissons à faire une application de forceps sur une tête très basse, mais, en face d'un périnée très court et dans l'obligation d'agir vite, nous faisons une épisiotomie par un coup de ciseau courbe à convexité supérieure des deux côtés de la vulve. Nous recevons très rapidement un enfant étonné, mais bien vivant. La crise cesse peu à peu, la malade est dans une sorte de coma. Au bout de quelques instants le cordon ne saigne plus et nous attendons la délivrance.

Une demi-heure environ après l'accouchement, saignement assez important que nous attribuons au décollement du placenta, mais ce dernier ne vient pas malgré des tractions précédentes sur le cordon. L'hémorragie augmentant, nous décidons de faire une délivrance artificielle, il importe même d'aller très vite, nos gants souillés ne peuvent servir, nous nous lavons les mains à l'alcool à 90 et enduison la main et l'avant-bras droit de teinture d'iode d'abord, puis d'essence de goménol. Nous pratiquons la délivrance et trouvons dans la corne droite un cotylédon abhérent.

Après avoir constaté la netteté de toute la surface de l'endo-

mètre, nous esquissons quelques mouvements qui provoquent la contraction de l'utérus sur notre poing. Nous suturons les sections d'épisiotomie que nous avons pratiquées et plaçons une mèche stérile largement imbibée d'essence de goménol à l'entrée du col dans le vagin et jusqu'à la sortie de la vulve. Pas d'injection.

A ce moment seulement, la malade reprend un peu ses esprits, elle ne se souvient de rien et n'a rien senti. Avant de quitter la malade, nous lui faisons une piqûre de 2 ampoules de Bruschettini vaccin antipyogène polyvalent que nous avons sous la main et prescrivons 2 ampoules par jour d'ampho-vaccin Ronchèse ingérable anti-infectieux.

Pendant les jours suivants, nous employons de la même façon les deux vaccins. La mèche de gaze goménolée a été enlevée au bout de vingt-quatre heures. Suites de couches normales.

*
* *

Le Docteur Tach, de Saint-Martin-de-Sescas, tire d'heureuses conclusions. Ses clientes l'ont compris, elles demandent un examen préalable. C'est pour l'accoucheur rural un considérable avantage.

Défaut d'hygiène élémentaire chez la paysanne. Au point de vue de l'accouchement seul, l'hygiène = vaginite. Croyez-vous qu'il y a plus de vaginites, métrites, etc., à la campagne qu'à la ville ? Je crois le contraire. En dix ans j'ai repéré à peine une dizaine de blennorragies. Les habitants de la région, surtout depuis quelques années, ont fait de l'argent. Il est très rare que les femmes ne viennent pas consulter le médecin ou la sage-femme dès le début ou dans le courant de la grossesse (avec examen des urines).

En principe, tout bassin étroit est donc évacué sur Bordeaux dès les premières douleurs. J'estime que nous n'avons à intervenir que : 1° dans les cas d'inertie utérine avec bassin normal, en général application de forceps favorable; 2° dans la présentation du siège décomplété; 3° dans la présentation de l'épaule avec leur pourcentage habituel de

mort. Dans le courant de 1929, j'ai fait 7 sièges décomplétés avec 3 morts et 4 enfants vivants; 4° dans les cas difficiles pour tout le monde avec enfant énorme, dystocie des épaules ou placenta prævia, rétention placentaire, etc.

Le bagage obstétrical pratique des jeunes praticiens semble en général peu important, mais n'en est-il pas de même dans toutes les branches de la médecine pour les débutants ? Je crois que si l'étudiant s'astreint, s'entraîne, s'amuse à faire des applications sur le mannequin pendant son stage, il a toute la pratique qu'il peut acquérir pendant ses études.

Il en a vraisemblablement toujours été ainsi et il semble difficile de faire mieux au point de vue scolaire. Les étudiants y mettent-ils beaucoup du leur ? Voire !

En cas de dystocie particulièrement difficile, nous sommes presque aussi favorisés que les citadins. En une heure, avec une auto, la malade est amenée à la Maternité.

Infection puerpérale : En dix ans, je n'ai vu que deux décès par septicémie, à deux ou trois jours d'intervalle : accouchements et soins par la même sage-femme.

*
**

Quelles conclusions pourrons-nous tirer des lettres de nos aimables collaborateurs ?

La première qui vient à l'esprit est que rien dans leurs observations ne vient mettre en lumière l'insuffisance des connaissances obstétricales du jeune médecin.

A ceci nous répondrons :

Que tous nos correspondants ont fait leurs études médicales à une époque où le nombre des étudiants était bien plus faible qu'actuellement et que plus d'occasions leur étaient offertes de se perfectionner.

Que nous nous sommes adressés à cette catégorie de médecins dont le public dit : « Il fait tous les accouchements de la région. »

Que nous avons systématiquement évité d'interviewer certains confrères qui ont eu dans la pratique obstétricale des ennuis dont nous avons eu connaissance.

C'eût été à la fois un manque de tact et une naïveté, car tel qui se confesse avec assez de courage dans l'ombre propice d'une église, se refusera formellement à publier le catalogue de ses erreurs.

Et qu'enfin, même certains de nos collaborateurs n'hésitent point à dire que malgré leur compétence ils n'ont pas été sans éprouver une légère émotion la première fois qu'à leur porte ils ont entendu : « Docteur, c'est pour un accouchement. »

Et s'il est vrai que le jeune médecin ne soit pas moins instruit en obstétrique que dans toute autre branche de la médecine, nous estimerons que cette équivalence est insuffisante.

1° Parce que l'accouchement peut être le seul acte chirurgical auquel le praticien campagnard est tenu; il peut envoyer à la ville un petit abcès, on ne lui pardonnera pas d'envoyer toutes ses accouchées à la Maternité;

2° Parce qu'en l'occurrence il y a deux vies humaines en jeu;

3° Parce que l'accouchement est la base sur laquelle la paysanne appuie son jugement : c'est la pierre de touche.

D'ailleurs il est rituel de dire, et non sans raison, qu'en cette matière il est logique d'être parfaitement optimiste : il y a des résultats inespérés comme suites de couches; mais ne convient-il pas de penser qu'un enfant mort au cours d'une manœuvre est promptement oublié, et qu'en outre, selon ses aptitudes, un accoucheur peut considérablement abréger la durée du travail et, partant, celle de la souffrance ?

Confiant dans la nature habituellement bienveillante, tel médecin attendra dans un optimisme béat qu'elle ait accompli son œuvre. La fin, qu'il faut en toutes choses considérer, peut lui donner raison : l'enfant est vivant.

Mais peut-être eût-il obtenu le même résultat tout en épargnant à la mère de la douleur et de la peine sans lui faire courir de risques et sans l'épuiser.

Tel autre par contre, anxieux ou pressé, aura recours à son forceps sans absolue nécessité et comprimerà sans profit la tête de l'enfant, augmentera les dimensions du mobile tout en modifiant sa consistance, conclura par des lésions maternelles qu'un peu de sang-froid et de patience lui eussent permis d'éviter.

Ce sont là le plus souvent les effets ou plutôt les méfaits d'une compétence *pratique* insuffisante.

Nous ne croyons pas que soit contestable l'utilité d'un perfectionnement du programme scolaire, quant à l'obstétrique. Et sans vouloir nous poser en réformateur, ayant bien conscience qu'il existe pour remplir ces fonctions des esprits infiniment plus avisés que le nôtre, nous tenterons quelques suggestions :

1° *Réforme portant sur l'ensemble des étudiants. Prolongation du stage.*

Une prolongation pure et simple des études dans leur ensemble est difficilement soutenable; les étudiants peu fortunés trouvent déjà longues les six années régulièrement imposées.

Une autre solution qui ne manquera point de soulever des protestations solidement étayées serait de rendre facultatives les spécialités d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, les malades prendraient rapidement l'habitude de se rendre chez le spécialiste lorsque leurs yeux ou leurs oreilles seraient en cause; d'autant plus aisément du reste que presque toujours c'est à cette conclusion qu'ils sont amenés par leur médecin et que c'est bien la conduite qu'ils tiennent spontanément au point de vue stomatologique.

Si la solution n'est pas là, ne pourrait-on la trouver du côté du P. C. N. dont l'utilité au point de vue de la culture générale est incontestable, mais qui pourrait subir une intéressante modification ?

En physique : insister sur l'étude des rayons, de l'optique, de l'acoustique.

En chimie : orienter le futur médecin vers la chimie biologique.

En histoire naturelle : maintenir l'embryologie, mais s'aiguiller plutôt vers de premières notions larges d'anatomie humaine, que s'appesantir sur le système nerveux du nécrops ou le tube digestif de l'arénicole.

En botanique : étudier de préférence le boldo, à l'*elodea canadensis*.

Si de cette manière, et, nous le croyons, sans inconvénients on donnait aux étudiants du P. C. N. des notions suffisantes de physique et de chimie biologique, d'anatomie descriptive très large et de botanique à la fois bactériologique et thérapeutique, on obtiendrait le résultat suivant :

Décharge des programmes ultérieurs, vacance de nombreux après-midi employés à certains travaux pratiques et que l'on pourrait avec avantage remplacer alors par des gardes diurnes pour un petit nombre de stagiaires.

En outre, nombre de petites villes possèdent des services obstétricaux dirigés par des praticiens très compétents et qui sans aucun doute consentiraient à recevoir quelques stagiaires pour des périodes déterminées en veillant, par exemple, à ce que ces étudiants soient étrangers à la ville si le praticien en question le désire, en traitant interadministrativement la question du transport et du séjour dans la formation voisine.

2° Une réforme portant sur un groupe d'étudiants volontaires serait beaucoup plus réalisable que celles précédemment suggérées.

Elle consisterait en la création d'un titre d'Assistant, sanctionné par un certificat magistral, ou par un examen faisant suite à un stage complémentaire effectué par le postulant au cours des vacances.

Le titulaire aurait le droit d'en faire état dans sa clientèle et nous avons la conviction qu'il ne tarderait à faire, dans un rayon plus ou moins grand, figure de spécialiste.

Beaucoup de confrères que n'enthousiasme pas l'obstétrique n'hésiteraient pas à lui confier leurs clientes en mal

d'enfant, d'autant plus que, très pris par cette néo-spécialité absorbante, il serait contraint de restreindre sa clientèle courante. Cette sélection dans bien des contrées s'est d'ailleurs spontanément opérée.

Pour ceux à qui la conquête de ce titre spécial demande un temps trop long et qui déjà installés ou sur le point de s'établir sentent qu'ils ont besoin de se perfectionner, il serait à souhaiter que l'initiative prise par M. le Professeur Andérodias il y a deux ans fût suivie et accompagnée d'une assez grande publicité : elle consistait en un cours de perfectionnement dont la durée n'excédait pas une semaine et pendant laquelle des étudiants ou médecins soucieux de se tenir au courant de techniques nouvelles... ou simplement de se retremper, suivaient chaque matin les services magistraux, et chaque après-midi s'employaient sur le mannequin à poser des cuillers autrement qu'à la grâce de Dieu.

Les Pouvoirs publics pourraient, sans qu'il leur en coûte, accorder des facilités de déplacement à ces « écoliers » volontaires et ces stages supplémentaires du seul point de vue patriotique, porteraient sans doute mieux leurs fruits que les périodes militaires auxquelles sont astreints les médecins de réserve.

Ce perfectionnement que nous souhaitons ne doit pas tendre vers l'unilatéralité; veiller à l'instruction de l'accoucheur c'est bien, mais il faut surtout viser à l'éducation de la famille paysanne. Et c'est au médecin qu'incombe cette charge.

Certains de nos correspondants se sont heurtés à une telle indifférence que le découragement leur est venu. Le Docteur Auboin, entre des citations humoristiques, laisse échapper cette phrase désabusée : « Il n'y a rien à faire dans aucun milieu pour éduquer la clientèle. »

Le Docteur Brieu, après quarante années de pratique très active de l'accouchement, « commence » à obtenir l'examen préalable et l'analyse d'urines.

Le Docteur Tach semble avoir satisfaction sur divers points.

Nos bons amis Soulié et Goyau n'ont pu, dans leur mémoire, trouver de quoi confirmer notre thèse; ils obtiennent l'examen préalable et l'aiguillage facile des dystociques inquiétantes sur la Maternité de Libourne.

C'est une question de région : la routine est plus ou moins ancrée dans les populations rurales, mais nous pensons qu'un des meilleurs moyens de la vaincre est un moyen budgétaire : accorder la gratuité intégrale de la visite préalable.

Cette question devrait être débattue par les syndicats médicaux; il appartient de confier cette générosité soit au médecin, soit à une caisse dépendant de l'Etat. Cette caisse éviterait à l'intéressée l'humiliation (peut-être illégitime, mais à coup sûr manifestée par nombre de familles) du secours aux indigents demandé à la mairie de sa propre commune.

Il est en effet curieux de constater que nul n'éprouve à toucher une pension la moindre gêne, qu'un millionnaire protesterait avec indignation si l'on tentait de lui supprimer une « retraite de combattant » qui lui sera sans aucun doute superflue, alors qu'une mère de famille aux ressources précaires hésite à demander et rougit presque d'obtenir l'aide que la loi lui accorde.

Le grand coupable ici, c'est le mot. Le Français réagit terriblement au vocabulaire : le titulaire d'une pension dresse le front (parfois à juste titre, mais non point toujours), le bénéficiaire d'un « secours » rase les murs et baisse le nez; le premier suscite l'envie, le second est regardé avec une commisération dédaigneuse.

Et pourtant n'est-elle pas sérieusement à la peine la maman besogneuse et honnête; ne devrait-elle pas être à l'honneur?

Du côté de l'Etat, l'effort nécessaire est-il accompli? A-t-il le droit de se contenter d'un vague « secours » à la femme en couches, et de laisser à de nobles initiatives privées (Cognac-Jay et autres) le soin de verser quelques billets de banque bienfaisants et de publier dans les journaux des photographies flatteuses?

Est-ce un chapitre dont l'Etat est en droit de se désintéresser pécuniairement, après que ses chefs en font retentir les échos des diverses Chambres?

Dans cette action éventuelle des Pouvoirs publics une objection vient à l'esprit : n'allons-nous pas de plus en plus vers la « fonctionnarisation » du médecin?

La création d'une caisse d'accouchements ne va-t-elle pas entraîner la naissance d'un accoucheur de la République — analogue à l'Inspecteur des nourrissons, du médecin vaccinateur, etc.

Nous croyons que cet écueil est facile à tourner si l'on veut bien, comme pour les assurances sociales, laisser le libre choix du médecin à la femme en cause, et si en outre on consent à faire confiance à ce médecin.

Car bien que la courbe représentative de la pudeur soit en plein « lysis », il existe des femmes qui n'accepteraient pas sans une gêne sérieuse l'examen approfondi d'un médecin inspecteur qu'elles ne connaîtraient pas.

La question des secours de grossesse, des indemnités d'accouchement, de gratuité, pourrait encore être tranchée dans certains cas par la généralisation des « Maternités de canton ».

Dans certaines villes d'importance moyenne existent de petites cliniques obstétricales dues soit à la générosité de mécènes, soit à l'initiative de municipalités intelligentes, soit à la bonne volonté collective de médecins sachant vivre en bonne harmonie.

On conçoit très bien dans un établissement de ce genre l'existence d'une salle commune gratuite, de chambres payantes aidant à couvrir les frais généraux.

Et cette conception met en lumière l'intérêt que présenterait ce titre d'Assistant dont nous préconisons plus haut non seulement la création mais la mise en valeur.

Du jour où ce titre procurerait à son possesseur la perspective d'avoir un certain confort professionnel, que ses moyens ne lui permettent pas toujours d'espérer, nul doute que les

candidats seraient nombreux et que le niveau des connaissances obstétricales des médecins de campagne s'en trouverait élevé.

Nous ne voulons point prétendre par là qu'il convient de faire de ces assistants de véritables spécialistes, avec défense aux confrères de pratiquer leur art dans la maternité cantonale. Il demeure bien entendu que toute femme aurait le droit d'être accouchée par le praticien de son choix. Mais nous avons la conviction qu'en peu de temps la spécialisation s'opérerait d'elle-même ainsi que nous l'avons exposé plus haut. D'ailleurs il est aisé de donner satisfaction aux diverses ambitions, de ne pas froisser les susceptibilités si elles ne sont pas trop chatouilleuses. Si les médecins de la localité ne sont pas en nombre excessif, une consultation de nourrissons à la « clinique » locale d'une part, l'inspection des écoles et la vaccination d'autre part, doivent suffire à satisfaire le souci d'égalité qui anime les médecins nantis de titres équivalents. De plus, répétons que de nombreux praticiens de campagne ont la phobie de l'accouchement et l'abandonnent volontiers à qui veut s'en charger.

Enfin, si l'occasion d'une intervention grave se présentait, le spécialiste appelé en l'occurrence trouverait une salle propre, éclairée, munie, si la caisse est modeste, du strict matériel indispensable, mais en bon état. Il apporterait avec lui sa science, son talent, l'assurance d'être aidé si le besoin s'en faisait sentir. Nous pensons qu'on éviterait ainsi à bien des parturientes imprudentes... ou imprévues, la difficulté et l'inconfort d'un voyage en plein travail, et mieux encore les dangers sérieux de cette épreuve.

Nous croyons fermement que la création d'un établissement de trois pièces (3 ou 6 lits, une salle d'accouchement), une étuve, quelques instruments entrent aisément dans les possibilités pécuniaires de nos petites villes, même si l'on y adjoint une subvention pour une sage-femme.

Les médecins de campagne sont tous, peu ou prou (parfois à leur corps défendant) mêlés à la politique locale. Leur

devoir est de signaler aux édiles, souvent peu curieux de ce sujet quelle aide on pourrait à peu de frais apporter à la cause de la natalité.

C'est pour eux une des meilleures manières de servir la société et de remplir la part sacerdotale de leur profession.

En résumé, il nous apparaît que le devoir de l'Etat, qui chante des hymnes à la repopulation, consisterait à poser la lyre et à prendre la bourse; et puis, la charité ayant dans notre code et dans nos mœurs perdu droit de cité, à la faire plus abondamment, mais sous une autre épithète. Qu'enfin il n'écarte pas le médecin familial de cette organisation; qu'au contraire il l'encourage à parfaire l'éducation de la masse rurale.

Au point de vue de cette éducation, le médecin mettra en œuvre tous les moyens dont il dispose pour amener les femmes enceintes à une juste compréhension de leur intérêt. En particulier, s'il arrive à être « celui qui fait tous les accouchements de la région », il pourra faire savoir à ses clientes éventuelles, sans avoir besoin d'autre véhicule que la rumeur publique, qu'il ne prendra pas la charge d'une intervention obstétricale, s'il n'a pas pu examiner la malade en temps utile, pour lui faire suivre un traitement prophylactique de l'éclampsie, de diabète ou de toute autre affection susceptible d'assombrir le pronostic.

Nous ne concevons pas d'autre moyen de dépister la syphilis à la campagne. (Nous ne croyons pas d'ailleurs que la région dans laquelle nous sommes appelé à exercer soit très contaminée).

Un de nos amis, qui est resté longtemps dans un pays trop attaché à certaines traditions routinières, nous disait au lendemain d'une intervention pénible pour lui et pour la cliente : « La vaccination est obligatoire, l'instruction l'est aussi, le service militaire, l'impôt, la déclaration de certaines maladies contagieuses et tant d'autres choses encore. J'estime qu'il devrait y avoir déclaration de grossesse et examen obligatoire de la femme enceinte ».

Nous ne pensons point pour notre compte qu'il soit utile d'aller aussi loin; et nous ne croyons pas, comme ce sympathique confrère, que l'étatisation de la gravidité soit de nature à remédier à la dépopulation, tant en gênant les avortements tardifs volontaires, et les infanticides qu'en préparant le terrain pour un accouchement normal.

Nous supposons bien au contraire que cette contrainte serait un grief de plus à l'actif des détractrices de la fécondité qui ne veulent pas être des « machines à faire des enfants » et professent un mépris parfois haineux pour les femmes qui savent fièrement laisser libre cours à leur instinct maternel.

Ce qu'il faut, c'est simplement faire comprendre à toutes les femmes que l'accouchement, pour physiologique qu'il soit, n'est pas exempt de dangers; mais que ces dangers, comme les divers inconvénients qui accompagnent la mise au monde d'un enfant, sont tous prévisibles et presque tous évitables.

Un grand pas dans cette éducation des masses à déjà été fait dans notre région. Avec de la patience, mais aussi une volonté tenace, nous croyons que l'on obtiendra de toutes les paysannes cette manifestation première de prudence personnelle et d'amour maternel intelligent, qu'est la visite préalable.

Au cours de cette visite, si le médecin ne connaît pas la maison dans laquelle il est appelé à opérer, il pourra poser toutes questions utiles sur le matériel qui sera mis à sa disposition, sur les personnes susceptibles de l'aider, prescrire dès lors en connaissance de cause la conduite à tenir à l'heure opportune.

Il saura encore ce qu'il lui faudra préparer dans sa voiture pour faire face à la précarité des moyens qui lui seront offerts.

Et si quelques « jeunes » consentaient à nous lire, nous serions, nous « vieux jeune », heureux de les faire bénéficier d'une simple nomenclature qui leur éviterait une réflexion superflue et que nous devons à l'expérience de nos contemporains quant à l'âge, qui sont aussi nos anciens quant aux études.

1° Un compas de Harau, ou analogue comme nous en avons pu voir chez le Docteur Micheleau, de Coutras, et dû à l'ingéniosité de ce praticien.

Ou un petit appareil, plus volumineux, mais aisément réalisable, qui n'est en somme que l'extrémité d'un lit obstétrical, avec supports de genoux réglables en hauteur et inclinaison. Des sangles permettront une fixation solide de l'ensemble en travers d'un lit ou, mieux, sur une table de cuisine.

L'utilité de cet outil est évidente : lorsqu'on veut dans une maison particulière faire une prise de forceps, les aides éventuels s'enfuient, ou s'ils demeurent sont maladroits, impressionnables, s'évanouissent, bref sont plus souvent un embarras qu'un secours. Si l'on place des chaises sous les genoux de la parturiente elles sont boiteuses, sales, et meurtrissent les creux poplités.

Son prix serait modique : on en peut juger par celui des tables d'examen.

Son volume, une fois replié, se réduirait à 80 centimètres de longueur sur 40 de large et 10 centimètres d'épaisseur. Il ne serait donc pas encombrant, car tout médecin possède actuellement une voiture assez vaste pour le contenir sans la moindre gêne.

2° Un matériel chirurgical permanent composé de :

Forceps; •

Ciseaux courbes et droits forts;

Pincés à forci-pression, Pincés de Kocher;

Pincés d'Hegar, dont une branche séparée servira si besoin pour la poche des eaux;

Aiguilles de Reverdin, aiguilles d'Emmet;

Une lampe à alcool;

Tondeuse;

Crins stérilisés en tube;

Gants : deux paires de préférence;

Bock et canule;

Un bassin (qui peut être le couvercle de la boîte);
Stéthoscope métal ou buis, le biauriculaire très employé
en médecine courante n'ayant pas les mêmes indi-
cations;
Une seringue à injections sous-cutanées et des aiguilles.

3° Un matériel chirurgical provisoire exceptionnellement utile, mais qu'on doit avoir à domicile (voir observation si judicieuse du Docteur Micheleau), ciseaux de Dubois, bisotribe de Tarnier.

4° Un matériel médical.

Les pharmaciens des villes ont créé depuis quelque temps « la valise accouchement ».

La campagne plus que la cité bénéficiera de cette heureuse initiative.

Si le médecin de campagne est voisin d'un pharmacien il lui indiquera la composition qu'il désire pour cette valise; l'accouchement terminé, il la lui rapportera, et procédant par élimination, le pharmacien établira sa note d'honoraires.

Dans la plupart des clientèles rurales, un seul exemplaire de cette valise sera suffisant.

Le médecin propharmacien n'aura nulle peine à constituer ce bagage, qui, en principe, comprendra :

1/40 garnitures stérilisées.	2/250 Coton hydrophile.
2 coton 15×15.	2 Chloroforme.
1 tampons vaginaux.	3 Ampoules : caféine, éther, adrénaline, huile camphrée 0 g. 20, morphine, sedol, rétropituitrine, ergotine.
2 gaze 1 m.×0 m. 65.	1 Seringue Luer.
2 Compresses rondes pour le sein.	1/125 Glycérine.
1 Pansement du cordon.	Essence de goménol.
1 Tube et aiguille à sérum.	1/6 Cachets analgésiques.
1 Tube caoutchouc et canule de Fieux.	0 g. 50 Taffetas chiffon.
1 Sonde Nélaton.	1 Tube vaseline.
1 Brosse à ongles.	1/500 Alcool à 90°.
1 Paire gants Chaput.	1 Solution iodo-iodurée (mère).
1 Boîte 2 doigtiers Leguen.	1 Feuille température-pesée.
1 Bandage corps.	2 Bandes crêpe 0-07.
1 Gaze à tamponnement 10 m.×0,20.	1/250 Sérum physiologique.
1 Catgut n° 2 et n° 3.	
1/10 Crins Florence gros.	
1 Compte-gouttes.	

1 Thermomètre.	1 Tire-lait.
1 Collyre nouveau-né. Nitrate 00 %.	1 Drap hôpital.
Talc salicylé.	1 Bout de sein.
1 Canule lavement ébonite.	1/45 Teinture d'iode.
1 Cuvette à pansements	1/500 Eau oxygénée.
3/12 Epingles sûreté.	

On peut objecter que ce matériel est encombrant; cet argument ne tient plus à l'heure actuelle, tout véhicule est assez vaste pour contenir semblable outillage et mieux vaut pour tous l'emporter d'emblée que courir la nuit par des chemins plus ou moins praticables des Landes ou de la Double à la recherche d'une branche de forceps oubliée à domicile.

CONCLUSIONS

Dans son ensemble, cette petite œuvre n'est que l'exposé peu précis d'une série d'observations : celles d'un étudiant près d'être quadragénaire, et dont les études se sont trouvées hachées par divers événements. Notre destinée a voulu que nous puissions entrevoir sous ses divers aspects le problème de la pratique obstétricale en milieu rural.

A l'époque où nous publions cette thèse, nous estimons que l'accouchement à la campagne s'entourne de facteurs moraux ou sociaux qui nuisent au succès de son évolution :

- 1° Inquiétude chez le médecin récemment promu;
- 2° Insouciance, excès d'optimisme, dans la famille ou il s'accomplit;
- 3° Indifférence relative des pouvoirs publics.

Par suite :

Pour que le jeune médecin puise en lui-même plus de confiance, nous avons préconisé :

- a) Une modification des programmes scolaires, tendant à son perfectionnement pratique;
- b) La création d'un titre d'Assistant dont il pourra faire usage officiellement.

Pour amener la femme enceinte à se soucier de son état, nous avons pensé que le médecin même, par une propagande tenace, fera comprendre à l'intéressée la nécessité de la visite préalable.

Enfin, nous croyons que les Pouvoirs publics feraient œuvre utile :

- a) En créant la gratuité totale d'un nombre déterminé d'examens prénatals.
- b) En contribuant à la fondation de petites maternités dans les agglomérations moyennes.

La question est vaste pour qui veut l'examiner tout entière. Pour la résoudre, il faudrait que collaborent :

La Faculté, dont le concours est sûrement toujours offert.
L'Etat, dont les charges sont lourdes et l'activité dispersée.

La Paysanne elle-même, qui persiste à se couvrir, sans souci de ce qu'il pèse, du manteau de la routine.

Vu, *Le Doyen* :

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ANDERODIAS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 juillet 1932.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

